LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Premier Paris. — **Clinique médicale** : Entérite tuberculeuse à symptômes insolites par H. Rendu. — **Bibliographie** : Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire, par M. le Dr Mauriac. — L'analyse du suc gastrique, sa technique, ses applications cliniques et thérapeutiques par le Dr Gaston Lyon. — **Revue de la presse** : De l'arthrodèse, par le Dr Eugène Rochard. — **Académie de médecine**, séance du 29 avril 1890, présidence de M. Moutard-Martin : Traitement des pustules varioliques de la face par le glycérolé d'amidon à l'acide borique. — Caféine et kola — Kysto-fibrome du ligament tubo-ovarien. — Filariose. — Contribution à la contagiosité de la lèpre — De l'entérostomie temporaire suivie de la suture immédiate de l'intestin dans les laparotomies pratiquées pour occlusion intestinale. — Gastrotomie et œsophagotomie pour deux cas de corps étrangers. — Grossesse tubaire traitée par la laparotomie. — Recherches physiologiques sur les produits de la combustion du gaz d'éclairage — **Académie des sciences**, séance du 21 avril 1890, présidence de M. Hermite : Sur la nutrition dans l'hystérie — **Société médicale des hôpitaux**, séance du 25 avril 1890, présidence de M. Dumontpallier : Fièvre intermittente chez un enfant de 14 mois. — Epithélioma ulcéré de la face, rapidement cicatrisé par la poudre d'aristol. — Atrophie musculaire aiguë coïncidant avec une tumeur de nature indéterminée du cou. — **Société de dermatologie et de syphiligraphie**, séance du 12 avril 1890, présidence de M. Hardy : Tuberculose cutanée chez un enfant. — Sur un cas de lichen en nappe, transformation d'un lichen plantureux. — Sur une asphyxie locale des extrémités avec polydactylite suppurative et poussées éphémères de dermatites pustuleuses disséminées.—Eruptions de l'intoxication urique. — Ecthyma infantile simulant le chancre induré. — Chancres atypiques. — **Société médicale du VIIe arrondissement**, séance du 28 janvier 1890, présidence de M. Ferrand. **Mémento pratique.** — **Nouvelles.** — **Feuilleton** : La langue internationale.

PREMIER PARIS

Paris, le 1er mai 1890.

La dernière séance de l'Académie de médecine suffirait à elle seule à montrer les progrès que la chirurgie a faits depuis quelques années. Elle a été consacrée surtout, en effet, à la présentation de résultats opératoires qui, actuellement, n'étonnent plus personne, mais qui auraient bien surpris le monde médical il y a vingt ans.

On se rappelle le bruit que fit en son temps l'homme à la fourchette, si heureusement opéré par M. Labbé ; bientôt, on ne comptera plus les hommes qui ont eu la fantaisie d'avaler une fourchette ou une cuiller et qui en ont été quittes pour une petite incision de l'estomac. Le même jour, M. Périer a présenté un malade auquel il avait fait une gastrotomie pour extraire de l'estomac une cuiller à café en ruolz et une petite fille de 10 ans à laquelle il avait fait une œsophagotomie pour extraire un bouton de manchette en os. Les deux malades ont rapidement guéri.

M. Polaillon, dans un cas de grossesse tubaire avec rupture de la trompe, a fait une laparotomie pour extraire le fœtus, la trompe et l'ovaire droit. La malade est déjà prête à recommencer.

M. Le Dentu a fait également une laparotomie chez une femme de 23 ans, et il la raconte non à cause de l'opération en elle-même, qui devient banale, mais à cause de la rareté de la tumeur enlevée, un kysto-fibrome du ligament tubo-ovarien, recouvert d'un épithélium pavimenteux végétant.

Dans un cas de laparotomie pratiquée pour occlusion intestinale, M. Jules Beckel (de Strasbourg) a fait une opération indiquée par Madelung et déjà pratiquée en France par M. Terrier. Les anses intestinales étant considérablement distendues et ne pouvant être réduites, la ponction capillaire, d'autre part, étant inefficace, M. J. Beckel fit sur l'intestin une incision de 6 centimètres qui laissa échapper des gaz et des ma-

FEUILLETON

LA LANGUE INTERNATIONALE.

Suite et fin (1).

Cependant nous aurons, dans un avenir prochain, une langue internationale, répondant à la fois, aux besoins des savants, des commerçants et du vulgaire. Comment en serait-il autrement ? Comment voulez-vous que le XXe siècle auquel nous allons transmettre un merveilleux outillage intellectuel, *ne se paie pas* une langue internationale ? Le chauvinisme national des Français ou des Anglais n'y fera rien. En vérité, je vous le dis : le XXe siècle sera le siècle psychologique, comme nous aurons été le siècle industriel. Il aura le téléphone, qui fera pour le transport de la parole ce que la vapeur a fait pour le transport des personnes et des choses. Or, la parole, c'est l'homme ; c'est l'outil de la pensée ; la monnaie qui facilite l'échange des idées. Il aura le télégraphe (déjà trop surchargé) pour le transport de l'écriture ; et peut-être le phonographe pour le transport de l'expression. Il aura aussi la lassitude de la science *a posteriori* ; et déçu dans le domaine de l'expérimentation qui, toute féconde qu'elle ait été, est trop mal outillée pour ses prétentions, il reviendra au scalpel du syllogisme, aux témérités de l'hypothèse, à l'investigation psychologique, aux tentatives de l'*a priori*.

III

Que faut-il pour que cette langue se constitue et soit adoptée ? En réalité peu de chose.

Depuis le jour où notre confrère Galien exprimait, le premier, le regret de n'avoir pas une langue universelle à la disposition de la médecine, le nombre des langues proposées par divers auteurs, chez toutes les nations du monde, est invraisemblable. Sans remonter au-delà du XVIIe siè-

(1) V. *France médicale*, numéro 17.

tières liquides en abondance ; puis il fit la suture avec huit fils de soie phéniquée et put alors réduire l'intestin très facilement.

L'Académie a entendu trois communications non chirurgicales, une courte note de M. Heckel sur la noix de kola, dans laquelle il trouve autre chose que de la caféine et de la théobromine ; un rapport de M. Lancereaux sur trois observations de filariose, enfin une communication de M. Forné, médecin de marine, sur la contagiosité de la lèpre à la Nouvelle-Calédonie.

A la fin de cette séance, l'Académie s'est réunie en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Bucquoy sur les candidats au titre de correspondant étranger (1re division). Les candidats seront présentés dans l'ordre suivant : en 1re ligne, M. van den Corput, de Bruxelles ; en 2e ligne, M. Moncorvo, de Rio de Janeiro ; en 3e ligne, M. Crocq, de Bruxelles ; en 4e ligne, M. Kalindero, de Bucharest. A. Ch.

CLINIQUE MÉDICALE

Entérite tuberculeuse à symptômes insolites (1),

par H. Rendu,

Professeur agrégé à la Faculté.
Médecin à l'hôpital Necker.

On s'accorde généralement à admettre que la tuberculose intestinale, tout en étant quelquefois latente au point de vue de ses symptômes, se traduit toujours par deux ordres de troubles fonctionnels : une diarrhée tenace, souvent incoercible, et la production d'hémorrhagies accidentelles ordinairement peu abondantes, mais susceptibles d'amener dans quelques circonstances des complications réelles. Par contre, la douleur semble un phénomène très fugace, fort inconstant, qui manque fréquemment et ne semble pas devoir entrer dans la symptomatologie habituelle de l'entérite tuberculeuse.

Le cas actuel est précisément intéressant en ce qu'il est en contradiction formelle, sur tous les points, avec cette sorte de loi pathologique. Effectivement le malade dont il s'agit ici n'a présenté, au cours de sa tuberculose intestinale, ni diarrhée, ni hémorrhagie : et le symptôme prédominant, pendant plusieurs mois de suite, a été une tympanite douloureuse qui avait fait songer plutôt à de la péritonite qu'à de l'entérite granuleuse. Voici, en quelques mots, le résumé de l'histoire de cet homme.

Henri V... cocher de fiacre, âgé de 36 ans, entre à l'hôpital Necker le 30 novembre 1889 pour une tuberculose classique d'origine probablement contagieuse : deux ans auparavant il a soigné sa femme poitrinaire, qui avait mis 18 mois à mourir ; lui-même n'avait jamais été malade jusqu'alors et n'avait pas d'antécédents suspects dans sa famille. Ce n'est ni un scrofuleux ni un alcoolique.

La tuberculose a, dès le début, affecté chez lui une marche chronique. Elle se présente sous forme d'une laryngite prédominante : le malade est aphone et la toux est voilée : les phénomènes de bronchite sont moins accusés quoique l'on trouve des râles au sommet droit, la respiration se fait bien entendre partout. Ces résultats d'auscultation sont en contradiction apparente avec la fréquence et la ténacité des quintes de toux ainsi qu'avec l'absence d'expectoration. J'en conclus que la localisation tuberculeuse est surtout laryngée et trachéale, plutôt que parenchymateuse, hypothèse qui a été en effet justifiée par l'autopsie.

Il existe d'autres symptômes qui font supposer une autre généralisation tuberculeuse ou péritoine. Cet

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

---

cle, M. Kerkhoffs (1) en donne un catalogue où je relève plus de 150 systèmes plus ou moins différents ; et, dans le mois même où je présentais à la *Soc. de méd. pratique* le *Rapport* que vous connaissez, on comptait, en dehors du *Spokil*, trois langues nouvelles : le *Mundolinco* de Braakman ; l'*Anglo-franca* de Hoinix ; l'*Idioma universel* de Selbor (2). Souvent les auteurs se sont rencontrés inconsciemment dans un ordre d'idées analogues ; c'est ainsi que j'ai été très surpris de voir émise par Letellier (3) l'idée qui m'a servi de point de départ en lexicologie ; mais, en définitive, jusqu'à Schleyer, aucune tentative n'avait abouti, tandis que le Volapük, a, de l'aveu unanime, résolu la question. On correspond, en effet, couramment aujourd'hui en Volapük, bien que cette correspondance soit restreinte, bien entendu, aux personnes qui connaissent le Volapük, ce qui n'est pas difficile, et dont les noms se trouvent sur l'annuaire. C'est ainsi que je correspondais récemment avec un professeur d'Agram, qui jugeait, sans doute, plus simple de m'écrire en Volapük comme je jugeais plus simple de lui répondre dans la même langue, plutôt qu'en français qu'il ignore peut-être ou qu'en slave ou en hongrois, dont je n'ai pas la moindre notion, ou même qu'en allemand que j'ai étudié quatre ans sans pouvoir m'en rendre maître.

Le succès du Volapük tient d'abord à ce qu'il a les allures d'une vraie langue et qu'il se distingue par là d'une foule de systèmes qui sont plutôt idéographiques, dans l'acception simple de ce mot, en ce sens qu'ils s'attachent surtout à traduire l'idée, en faisant bon marché des éléments de l'expression graphique ou verbale en usage chez les nations actuelles.

Mais il tient surtout à l'habileté de M. Kerchoffs, qui a su, dès le principe, présenter sous une forme simple l'invention de Schleyer ; et grouper, de bonne heure, autour de lui, un certain nombre d'hommes d'initiative. Aujourd'hui les sociétés nationales, d'abord éparses, s'entendent

(1) Yelabuk, cité p. 16 et suiv.
(2) Revue volapük, juillet-août, 1889.
(3) Letellier. Le langage international, 4 vol., Caen, 1852.

homme a en effet le ventre ballonné : dès qu'il vient de manger, l'estomac gonfle et devient le siège de douleurs vives qui ne tardent pas à irradier dans tout l'abdomen. La tympanite n'est pas très considérable, mais elle est constante et très persistante, durant au moins cinq à six heures après chaque ingestion alimentaire au point que spontanément le malade restreint de plus en plus ses repas et se met instinctivement au régime lacté. En dehors de la douleur, il n'éprouve d'ailleurs que peu de troubles fonctionnels, point de renvois ni d'éructations gazeuses, à peine de nausées, jamais ne vomissements sauf dans les dernières semaines de la vie, car la sensibilité abdominale est telle, qu'elle supprime toute possibilité de nourrir efficacement le malade.

La palpation du ventre montre une tension modérée de la paroi abdominale, un ballonnement uniforme de l'intestin sans relief marqué des anses intestinales ni de l'estomac : à aucun moment on n'a senti de gateaux péritonéale ou de rénitence profonde. On ne constate pas non plus la présence de l'ascite. Le contact léger de la main est douloureux, mais la pression forte sur une large surface soulage plutôt le malade, et dans ses paroxysmes de souffrance il se couche sur le ventre et s'applique un oreiller contre l'abdomen pour diminuer ses douleurs.

La constipation est absolue : très rarement le malade va spontanément à la selle, et presque toujours un lavement est nécessaire pour obtenir des évacuations. Les purgatifs sont mal tolérés et semblent exaspérer la douleur. Les garde-robes sont sèches, dures, ovillées, et parfois révêtues d'une couche de mucosités comme il arrive dans les cas d'atonie intestinale.

De cet ensemble de symptômes, qui se sont maintenus sans modification pendant près de trois mois, je crois pouvoir conclure que le malade, outre sa tuberculose pulmonaire, avait des lésions de même ordre disséminées sur la surface péritonéale, et que très probablement il n'y avait que des granulations confluentes, sans exsudats ni néomembranes organisés : effectivement on ne sentait pas ces zones d'empâtement et de météorisme qui, d'habitude, se voient dans les péritonites compliquées d'adhérences intestinales ; et d'autre part l'absence d'ascite concorderait bien avec l'hypothèse d'un semis de granulation au début de leur développement. J'excluais l'idée de lésions intestinales sérieuses en raison de l'absence de diarrhée et des signes classiques de l'entérite, l'acuité de la douleur étant plutôt pour moi l'indice de l'irritation de la séruse que des lésions de la muqueuse.

Je n'insiste pas sur les phases qu'a présentées ce malade : il a continué pendant les mois de décembre, janvier et février à tousser, à s'affaiblir et à manger de moins en moins. Atteint par l'influenza vers la fin de décembre, il faillit à cette époque mourir de bronchopneumonie, mais il se releva de cette grave complication. Toutefois, à partir de ce moment, la dysphagie et les symptômes laryngés s'accusèrent de plus en plus ainsi que la toux, qui prit le caractère de la toux éructante des tuberculeux cachectiques. Le malade restreignait de plus en plus son régime alimentaire, et il succomba dans le dernier degré du marasme, le 12 mars dernier. Dans les dernières semaines de février, il ne se maintenait qu'à force de piqûres de morphine qui l'engourdissaient et l'empêchaient de vomir : les badigeonnages iodés, répétés quotidiennement sur le ventre étaient la seule chose qui soulageait ses douleurs abdominales.

L'autopsie confirma notre diagnostic relativement à l'état du larynx et de l'appareil pulmonaires, mais révéla des lésions inattendues et imprévues de l'intestin.

Autopsie.— Les poumons, surtout le droit, sont intimement adhérents à la paroi thoracique : à la coupe, le parenchyme est farci de granulations tuberculeuses.

---

pour une action commune ; et le dernier congrès de Paris a pu arrêter d'une manière définitive ce que les volapükistes ont appelé la *grammaire normale*.

La marche à suivre est donc tout indiquée, et c'est ainsi que l'on devra procéder pour propager toute autre langue : *constituer des sociétés reliées entre elles*; et surtout ne compter aucunement sur le gouvernement ou les sociétés savantes actuelles.

IV

Car, ainsi que je l'ai dit, il y a d'autres langues ; et c'est sur leur multiplicité et l'impossibilité de prévenir les schismes et les divergences d'opinions que se basent surtout les adversaires de la langue internationale. Nous répondons : qu'importent les schismes, si l'on tient la vérité ? Est-ce que les schismes ont, dans le passé, arrêté le développement des grands systèmes religieux ? Qu'importe si, différant dans l'application, nous sommes d'accord sur les principes?

Or, nous sommes en très grand nombre d'accord sur ces points : qu'une langue internationale est indispensable ; qu'il est facile de l'établir ; que le succès du Volapük a démontré combien son adoption serait prompte et générale.

Ce sur quoi l'on est en désaccord, c'est sur la question de savoir si la future langue doit être créée de toutes pièces ou formée de mots empruntés aux principales langues vivantes. J'ai pris position dans la question en défendant l'*artificialisme* pur contre ce qu'on appelle les langues « de compromis ». Un journal s'est fondé à Leipzig (1), sous la direction de M. Karl Lentze, qui était, comme plusieurs d'entre nous, un volapükiste de la première heure ; ce journal traite exclusivement les questions qui se rapportent à la langue internationale ; il est publié en trois colonnes : anglais, allemand et français ; il a bien voulu insérer un article où j'attaquais le système de « compromis » qui semblait presque adopté par le Comité international institué sur l'initiative du journal.

(1) Interpretor. Leipzig, Flossplatz 31 c. Abonnement annuel. 5 fr.

Des cavernes se voient aux deux sommets, plus nombreuses à droite ; elles sont entourées de tissus sclé-reux comme dans les formes lentes de tuberculose.

Le larynx est tapissé d'ulcérations nombreuses, cohérentes à la partie supérieure de l'orifice glottique et au voisinage des replis aryténo-épiglottiques : les cordes vocales sont également ulcérées, presque détruites. La muqueuse laryngée en totalité est envahie par la tuberculose : à la partie antéro-supérieure du larynx le cartilage thyroïde est érodé et nettoyé.

Des lésions analogues existent tout le long de la trachée et sur les grosses bronches : ce sont des ulcérations confluentes, grisâtres, à bords rouges congestionnés : à la périphérie se montrent des granulations tuberculeuses en voie d'évolution, à côté des grandes ulcérations existent des ponctuations miliaires et des ilôts isolés qui commencent à se creuser. Comparées aux altérations du parenchyme pulmonaire, ces lésions de la muqueuse trachéo-bronchique sont infiniment plus profondes : elles rendent compte des caractères quinteux de la toux et du peu d'abondance de l'expectoration qui nous avait frappé pendant la vie.

Les ganglions péritrachéaux sont tuméfiés et particulièrement ramollis ; cependant ils n'ont pas subi la dégénérescence caséeuse.

Les altérations intestinales sont surtout caractéristiques. Tout l'intestin grêle à partir du pylore est tapissé d'ulcérations profondes, disposées perpendiculairement au grand axe de l'intestin, creusés jusqu'au niveau de la tunique musculeuse et taillées à l'emporte-pièce. Les plus grandes mesurent 4 à 5 centimètres de longueur et font presque le tour de l'intestin ; elles déterminent des froncements et de véritables rétrécissements sur certains points : la plupart est de 1 à 2 centimètres de longueur sur 1 cent. de largeur.

La nature tuberculeuse de ces ulcérations n'est pas douteuse. A la périphérie de leurs bords se voient des granulations à différentes périodes de l'évolution et des granulations isolées souvent ulcéreuses, sont disséminées sur le reste de la muqueuse.

Ces ulcérations intestinales sont assez confluentes pour qu'on en ait pu compter 19 sur un segment de 35 centimètres ; elles dépassent certainement la centaine sur toute la longueur de l'intestin.

Le péritoine concomitant présente des granulations tuberculeuses discrètes localisées exclusivement aux points correspondants aux ulcérations intestinales, et développées par infection directe. On voit sur la plupart de ces plaques des traînées de lymphangite tuberculeuse qui montrent bien le mécanisme de l'envahissement bacillaire.

Les ganglions mésentériques sont énormes, quelques-uns atteignent la dimension d'un œuf de poule.

Comme nous l'avions pensé, il n'y avait pas de péritonite adhésive ; les lésions tuberculeuses étaient à l'état de granulations plus ou moins confluentes, par petits groupes, elles n'avaient donné lieu à aucun exsudat péritonéal. La cavité abdominale contenait à peine quelques cuillerées d'ascite.

Le gros intestin, sauf à la partie du cæcum avoisinant la valvule iléocæcale, était indemne de toute ulcération.

Le foie et les reins étaient stéatosés.

Il ressort de cette observation que des ulcérations de l'intestin, extrêmement nombreuses et profondes, peuvent se développer sans donner lieu aux symptômes habituels de l'entérite, et sans provoquer ni diarrhée, ni hémorrhagies intestinales. Peut-être en eût-il été autrement, si la lésion, au lieu de porter exclusivement sur l'intestin grêle, avait envahi simultanément le gros intestin. Mais néanmoins le fait est en désaccord avec ce que nous savons de l'entérite ulcéreuse de l'intestin grêle, qui se traduit presque toujours par une diarrhée incoercible.

Le système de « compromis » est à ce point séduisant que la plupart des langues qui l'ont pris pour base se comprennent à la simple lecture, surtout (j'ai insisté sur cette remarque) *si l'on est quelque peu polyglotte.* Si je n'avais abusé de l'attention du lecteur et de votre hospitalité, je pourrais démontrer la chose *de visu* ; et les textes que je citerais dans l'*Anglo-franca* de Hoinix ; dans l'*Esperantistô* de Samenhof ; dans le *Veltspik* de Lentze ; dans le *Zentral-dialekt* de Nilson, dans la langue de J. Lott, seraient compris, je n'en doute pas, d'un grand nombre de lecteurs. Que faut-il de plus ?

Malheureusement, la facilité que paraissent présenter toutes ces langues est une illusion, et toutes ont le défaut que nous reprochons d'un commun accord au Volapük et qui peut se résumer d'un seul mot : *Si la version y est facile, le* THÈME *y est plus difficile qu'en toute autre langue d'Europe,* non pas à cause des complications de la grammaire ou de la syntaxe, mais à cause de l'incohérence du lexique.

C'est un point acquis, et un point important, que l'établissement d'une grammaire n'offre aucune difficulté ; c'est la simplicité de la grammaire qui séduisait d'abord dans l'invention de Schleyer ; mais, aujourd'hui, il n'est pas un inventeur de langue qui ne soit capable de constituer en trois ou quatre pages une grammaire *supérieure à toutes celles des langues vivantes* pour l'application des règles de déviation grammaticale, pour les inflexions, pour la construction de la phrase de manière à satisfaire à toutes les exigences du langage, chez les nations les mieux civilisées.

Autre chose est le lexique. Schleyer avait lui-même pris pour point de départ pour la formation des mots le système de « compromis » : il en prenait le squelette, pour ainsi parler, aux langues connues ; mais, sentant la nécessité de leur donner une forme lexicologique acceptable au point de vue de l'uniformité de la prononciation, et compatible avec son système de radicaux monosyllabiques trilittéraux, il a rendu ces mots méconnaissables et le Volapük a, par suite, tous les inconvénients de l'artificialisme pur et simple, sans en avoir les avantages.

BIBLIOGRAPHIE

—

Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire, par M. le Dr Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi. Paris, J.-B. Baillière, 1890.

En 1883, M. Mauriac avait abordé, dans un important travail, l'étude de la syphilis primitive et de la syphilis secondaire. Il vient de compléter, par un volume de près de 1200 pages, l'œuvre si bien commencée il y a sept ans. Ces deux moitiés réunies constituent le traité le plus complet que nous possédions sur cette importante question.

On trouve, dans ce nouveau livre, les qualités brillantes et solides qui, depuis longtemps, ont valu à son auteur un renom mérité. Par la grande quantité des matériaux et le nombre considérable des faits qui y sont résumés, il se recommande à l'attention des érudits et des cliniciens. Par la clarté de son exposition, par le caractère pratique des notions qu'il met en évidence, il sera utile à tous les médecins en leur fournissant des indications dont ils ont, à chaque instant, besoin dans leur pratique.

Le public médical accueillera donc, et ce sera justice, ce second volume de M. Mauriac avec autant de faveur que le premier. Il nous en promet un troisième sur le chancre simple et la blennorrhagie ; nous espérons bien qu'il tiendra sa promesse.

L'analyse du suc gastrique, sa technique, ses applications cliniques en thérapeutique, par le Dr Gaston Lyon, ancien interne des hôpitaux. (Paris, G. Steinheil, éditeur, 1890.)

Une des tendances de l'esprit clinique de notre époque est de substituer aux indications vagues fournies par les sensations diversement éprouvées et exprimées par les malades, des notions objectives dont la valeur peut être facilement constatée par chacun. L'histoire des maladies de l'estomac n'a pas échappé à cette tendance, et dans le groupe des dyspepsies on a longtemps cherché une base à leur étude dans l'anatomie pathologique. Dans l'insuffisance de ses données, l'étude clinique des dyspepsies était condamnée pour ainsi dire à l'immobilité par suite de l'incertitude des notions sur lesquelles s'appuyaient les divisions. La digestion étant une opération clinique, l'attention a d'abord été dirigée sur les troubles qui peuvent survenir dans ces opérations. De nombreuses recherches ont été faites sur ce point en Allemagne, recherches qui ne se sont acclimatées chez nous que sous l'impulsion du professeur G. Sée qui en a montré toute l'importance et qui a lui-même apporté dans cette question une part importante de travaux originaux. Le travail de M. Lyon, élève du professeur Sée, résume admirablement toutes les acquisitions récentes dans cette partie de la pathologie, et il peut être considéré comme un chapitre entièrement nouveau de la pathologie de l'estomac ; c'est l'histoire des dyspepsies chimiques sur lesquels les traités didactiques sont encore muets, et cependant la connaissance et l'application de ces nouvelles méthodes s'imposent de plus en plus ; avec elles on sort du domaine un peu stérile de l'empirisme. C'est déjà quelque chose d'avoir pu formuler quelques règles précises relatives au régime alimentaire. Le travail de M. Lyon se recommande à plusieurs points de vue, d'abord au point de vue pratique, car il vulgarise des notions thérapeutiques basées sur des signes précis fournis par l'examen même du suc gastrique, puis au point de vue scientifique, car les méthodes d'investigation appliquées à l'homme ont considérablement augmenté l'intérêt qui s'attache à l'étude physiologique de la digestion ; enfin c'est le premier travail d'ensemble fait sur ce sujet où l'on trouve l'ap-

---

Il me semble que le lecteur peut, sans grands efforts, se former une opinion sur le point en discussion.

Supposons que nous ayons à exprimer les noms de nombre de 1 à 4. Artificiellement, nous prenons dans l'ordre alphabétique les quatre consomnes : *b*, *c* (ou *k*) *d*, *f* et les quatre voyelles *a*, *e*, *i*, *o*, et nous formons les quatre premiers nombres : *bal*, *kel*, *dil*, *fol*.

Dans le système de « compromis », nous avons en *Anglo-franca*, la plus simple des langues nouvelles : *un*, *du*, *tre*, *quat*. J'admets que tout européen qui a fait ses classes comprend à la lecture ces quatre mots, que l'homme du peuple ne comprendrait toutefois qu'autant qu'on les lui aurait appris. Mais si la version est facile, je ne suis pas sûr que le thème le serait pareillement ; et déjà je pourrais mettre au défi le lecteur de répéter les quatre mots de « compromis », sans les relire ; tandis qu'il reproduira aisément les quatre mots systématiques. Et s'il en est ainsi, pour le lecteur français, de quatre mots d'origine latine, qu'arriverait-il de quatre mots d'origine germanique ou anglo-saxonne. Dans le système de Samenhof, ces mots sont : *unu*, *du*, *tri*, *krar* ; dans celui de Lentze : *un doe* (l'*e* renversé), *tri*, *fir*, et la difficulté est déjà plus grande.

Il me semble que ce simple exemple suffit à décider la question ; et c'est après avoir établi tout un vocabulaire de « compromis », ce qui est un véritable enfantillage, que j'ai acquis la conviction de l'inanité de ce travail. Il suffit pour la partager de traduire une liste d'objets nomenclaturés, tels que les noms d'animaux, les ustensiles, etc. Ces noms d'objets nomenclaturés seront l'écueil de tous les systèmes ; le plus simple sera d'adopter les noms des nomenclatures scientifiques, quand il en existe, en les adaptant ; et cela ne fera pas trop l'affaire des zoologistes qui espèrent trouver dans la langue nouvelle des éléments de classification plutôt que des nomenclatures : faire une langue, c'est traduire des mots déjà existants, refaire une nomenclature, c'est classifier.

Par exemple, supposons qu'il s'agisse de nommer les *chéiroptères*. Je puis les appeler mammifères volants, mammifères ailés, discoïdes volants ; en *Spokil* : *Parfemamis*, *Peomemamis*, *Lurkeparfis* ; mais n'ayant nulle autorité pour

plication thérapeutique découlant de la physiologie normale et pathologique.

L'étude des fonctions chimiques de l'estomac à l'état physiologique attire d'abord l'attention. L'auteur a ensuite passé en revue les nombreux moyens d'analyse du suc gastrique, et a déterminé la valeur relative des différents procédés d'analyse actuellement en usage. Les résultats obtenus par cet examen ne sont pas en effet toujours comparables entre eux, car la méthode employée n'est pas uniforme.

Dans un chapitre d'ensemble, M. Lyon fait l'étude séméiologique des troubles chimiques de la digestion. Cette étude conduit à un résultat important qui est la corrélation de certains symptômes et des troubles chimiques de la digestion. L'auteur a admis ensuite trois grandes classes de dyspepsie et a consacré un chapitre à l'étude de chacune d'entre elles : il a distingué ainsi les dyspepsies par insuffisance ou suppression de la sécrétion chlorhydrique, les dyspepsies par exagération de cette sécrétion et les dyspepsies par fermentation. Le cancer, où l'on retrouve au plus haut degré l'anachlorhydrie, est étudié avec le premier chapitre ; l'histoire de l'ulcère stomacal est traitée au chapitre de l'hyperchlorhydrie. Le sixième chapitre est consacré à la dilatation et à la gastrite considérées comme les aboutissants des dyspepsies chimiques. Dans le septième chapitre on trouve énumérés les troubles chimiques de la digestion que l'on peut observer dans les maladies des autres organes et dans les maladies générales. Dans un dernier chapitre l'auteur expose les indications thérapeutiques par examen du suc gastrique. Le travail de l'auteur renferme un grand nombre d'abréviations dans lesquelles il donne les résultats de l'analyse chimique. Nous ne pouvons insister plus longuement sur un ouvrage qui se recommande au public médical à la fois par son intérêt scientifique et par ses applications pratiques. Le lecteur y trouve d'ailleurs rassemblées une foule de questions se rattachant au même sujet et que l'auteur a réunies dans son travail synthétique.

L. Jumon.

REVUE DE LA PRESSE

De l'arthrodèse par le Dr Eugène Rochard, chef de clinique chirurgicale. — On donne le nom *d'arthrodèse d'arthrodésis* ou *d'arthrokleisis* à une opération destinée à déterminer une ankylose dans un but orthopédique, si pour mieux nous faire comprendre, nous prenons l'exemple du genou ballant, il est certain que le pied ne pourra servir que si l'appui qu'il réclame au genou peut lui être donné. Il faudra donc que ce genou ne fléchisse pas et l'arthrodèse déterminant la soudure entre le fémur et le tibia arrive parfaitement à ce résultat. Dans l'articulation tibio-tarsienne, les déviations se produisent aussi dès que les articulations ne sont plus soutenues par les muscles et pour rendre le pied utile il faut le transformer en un « pilon vivant » pour nous servir de l'expression du professeur Albert.

Tel est le but que se propose l'arthrodèse d'une manière générale et c'est à Albert, comme nous l'avons

---

classer des animaux, je préfère les appeler *Kiropteris*, sûr d'être compris de tout le monde. Je l'ai dit : ce ne sont pas les mots scientifiques qui nous gêneront ; mais bien les mots de langue vulgaire qui les encadrent.

V

Est-il donc si facile de trouver un système mnémonique et logique sur lequel on puisse fonder une véritable langue riche, souple, variée et même élégante ? Je le crois.

Pour cela, il faut d'abord se rendre compte de la manière dont se sont constituées nos langues actuelles ; et dont elles ont évolué. On sait que cette évolution des langues nous a été objectée contre la stabilité et la langue future. Il n'y a cependant pas à s'en préoccuper.

« Et quand oït cela le doge de Venise, il quitta les tours de Constantinople dont il était déjà maître, et dit qu'il voulait vivre ou mourir avec les pélerins. »

Cette phrase est prise au hasard dans Villehardouin, qui écrivait vers 1200 ; elle diffère bien peu du français d'aujourd'hui. Six cents ans ! je m'en contenterais pour le *Spokil*. Nous verrons alors à le régulariser, en admettant que par ce temps d'imprimerie à outrance, les langues n'auront pas plus de stabilité qu'elles n'en avaient jadis.

Si l'on doit tenir compte du mode d'évolution des langues naturelles, c'est afin de constituer les mots suivant les procédés du langage. Nous catégoriserons nos désinences, comme le font les enfants quand ils forgent des mots avec les finales *esse*, *ance*, *té*, etc., et comme ont oublié de le faire la plupart des *compromistes*. Nous séparerons nos préfixes au moyen du tiret qui disjoignait à l'origine la plupart des dérivés et qui tombe chaque jour devant les progrès, comme il est arrivé récemment pour les mots *très bien*, *trait d'union* : nous écrirons *pré-parer*, *pré-dilection*, ce qui, dans nos débuts, préviendra toute confusion et nous laissera les coudées franches pour le maniement de nos radicaux. Nous aurons nos lettres *glomératives*, autour desquelles se grouperont des syllabes catégorisées, comme cette vieille lettre *d* du mot *domus* qui s'est adjoint tant de syllabes différentes pour caractériser les formes de l'habitation humaine depuis les temps les plus reculés. Nous ne dédaignerons pas la métaphore, la synecdoque et la catachrèse, qui ont créé des mots tels qu'*avaler*, *effleurer*, *acharner*, qui n'ont plus aujourd'hui qu'un sens figuré et qu'il serait difficile de traduire sans les secours des tropes...

Mais j'avais promis de ne pas dire ce que nous ferons et comment nous le ferons. Tenons-nous-en aujourd'hui à la querelle des *artificialistes* et des *compromistes*. Je vous informerai lorsqu'ils se seront mis d'accord.

Dr Ad. Nicolas.

dit, que revient le mérite d'avoir créé cette opération et d'en avoir fait ressortir les grands avantages. Mais peut-on appliquer indifféremment le nom d'arthrodèse à toute opération qui aura pour effet, de déterminer de parti pris, une ankylose, nous ne le croyons pas. La résection recherche et obtient dans beaucoup de circonstances ce résultat et notamment au genou et à la hanche et c'est à tort que différents auteurs allemands rangent parmi les arthrodèses des opérations de ce genre.

La technique opératoire est des plus simples. On aborde les articulations par un des procédés indiqués pour la résection, on sectionne les parties molles en respectant, bien entendu, les vaisseaux, les nerfs et même les tendons, quoique ceux qui agissent directement sur l'article pour le mouvoir, aient moins d'importance puisqu'on cherche l'ankylose. Arrivé sur le squelette, on détruit à l'aide de la rupture les liens ligamenteux, de façon à faire bâiller l'articulation et à mettre complètement en lumière toutes les surfaces articulaires. A cet effet a lieu l'articulation comme dans une résection.

On arrive alors au temps vraiment important de l'opération, au dépouillement du revêtement cartilagineux. Celui-ci se coupe facilement soit à l'aide d'un petit couteau ou d'un bistouri à résection ; mais mieux encore à l'aide d'une éponge à mains. La coaptation doit être aussi exacte que possible et se fait très facilement puisque les surfaces n'ont pas été déformées, elles n'ont été que diminuées d'épaisseur.

On unit les segments ainsi avivés soit à l'aide de sutures au fil d'argent, soit à l'aide d'une cheville d'ivoire aseptique et en tous cas l'immobilisation doit être établie et le membre maintenu dans le plâtre pendant 40 jours au moins.

Les indications de l'arthrodèse sont nombreuses, et avant d'étudier les affections chirurgicales qui sont susceptibles de la réclamer, il faut d'abord poser les conditions qui autorisent le chirurgien à faire perdre tout mouvement à une articulation. Il est de toute nécessité que l'impotence de la partie du membre sur laquelle on va opérer soit complète, que tous les muscles chargés d'agir sur les leviers osseux soient paralysés, atrophiés ou rétractés sans espoir de retour.

De toutes les maladies qui sont susceptibles d'altérer la constitution anatomique des muscles, la paralysie infantile est de beaucoup la plus fréquente. Sur les 53 malades qui ont subi l'arthrodèse et dont nous avons pu relever les observations, sans parler des luxations congénitales de la hanche, nous avons constaté 30 fois la présence de paralysies pouvant être mises sur le compte de cette maladie de l'enfance.

Le pied ballant est une des médications principales de l'arthrodèse, et M. Kirmisson a réussi dans une opération de ce genre à déterminer l'ankylose du cou-de-pied ; mais chez sa jeune opérée il existe encore, un déjettement du pied en dehors qui se fait sous la seule influence de la pression occasionnée par le poids du corps, et on peut même la produire avec la main en faisant glisser le calcanéum sur l'astragale. Sans nous lancer ici dans l'étude du pied plat valgus douloureux, puisque c'est d'une affection qu'il s'agit, il est certain pourtant que la théorie ligamenteuse soutenue par MM. Lefort et Tillaux trouve ici une preuve presque expérimentale. Les ligaments actifs ne prêtant plus main forte aux ligaments passifs des articulations du pied, ceux ci sont petit à petit distendus et laissent le membre prendre une attitude vicieuse. Nous ne serions même pas éloigné de croire que dans beaucoup de valgus, le glissement des facettes articulaires inférieures de l'astragale sur les facettes correspondantes du calcanéum, ne soit en grande partie la cause première de la déformation. C'est à l'aplomb même de la malléole interne que la difformité est la plus évidente il semble que le pied ait fui en dehors par un mouvement de bascule. Or, l'articulation tibio-tarsienne est trop serrée pour permettre à l'astragale le moindre mouvement d'inclinaison, soit en dedans, soit en dehors, tandis que les facettes articulaires de la face supérieure du calcanéum et surtout celle située à la partie antéro-interne de cet os ne paraissent pas devoir s'opposer au valgus si elles ne le favorisent pas. Seul le ligament interosseux, si résistant du reste, doit empêcher le déplacement et il se peut que, sans cesse tiraillé et livré à ses propres moyens, il se distende comme les autres.

Nous pensons que l'arthrodèse entre l'astragale et le calcanéum donnerait de bons résultats dans les cas analogues à ceux dont nous venons de parler. Cette opération n'a pas encore été faite et présente même de sérieuses difficultés ; mais elle ne nous paraît pas cependant impossible.

Ce sont les pieds bots paralytiques, c'est-à-dire, les pieds bots varus équins qui sont surtout justiciables de l'arthroklesis. Suivant l'âge de la lésion et les déformations produites, la conduite du chirurgien ne sera pas la même. L'enroulement du pied et l'attitude qui en est la conséquence peuvent facilement se détruire par de simples manipulations, on comprend aisément qu'il suffira de fixer les os dans une bonne situation et une simple arthrodèse pourra suffire : mais malheureusement les choses ne se présentent pas souvent d'une façon aussi simple et la réduction est quelquefois impossible. On est alors obligé d'avoir recours à des tarsectomies ou à des tarsotomies postérieures.

Dans toutes les observations de ce genre, l'arthrodèse a été faite dans l'articulation tibio-tarsienne et elle paraît avoir suffi dans la majorité des cas, puisque sur un total de 25 opérations faites sur le pied nous la trouvons pratiquée 22 fois pour des pieds bots varus équins et 18 fois dans la seule articulation du cou de-pied. Il est difficile de donner une appréciation exacte des résultats obtenus par cette intervention limitée. Au premier abord, il semble que les déformations des

pieds bots varus siègent plutôt dans le tarse que dans l'articulation tibio-tarsienne et on serait tenté de croire que l'ankylose de ce dernier article ne doit pas être suffisante; mais quand on lit les suites opératoires et l'état dans lequel se trouvaient les malades, 3, 4 et 9 mois après l'opération, on constate qu'il y a toujours eu amélioration, que la marche est devenue plus facile et moins douloureuse.

L'articulation du genou a été souvent supprimée par le chirurgien pour remédier à des lésions sous la dépendance de la paralysie infantile ; c'est ainsi que dans le travail d'Hoffa, nous relevons 16 opérations de ce genre auxquelles ce docteur, comme Linsmeister, du reste et bien d'autres, donne le nom d'arthrodèse. Nous nous sommes déjà expliqué plus haut à ce sujet ; ce sont là des arthrodèses, si on a égard au but qu'on se propose; mais au point de vue opératoire ce sont de véritables résections avec suture ou non des deux os.

Nous ferons les mêmes réflexions pour l'articulation de la hanche.

Au membre supérieur, l'arthrodèse trouve plus rarement son application. Elle a été pratiquée 3 fois dans l'articulation de l'épaule, deux fois par Wolf (1) sur le même sujet. Il s'agissait d'une paralysie essentielle déterminant l'impotence complète des deux bras. Les épaules étaient absolument ballantes, l'ankylose fut obtenue des deux côtés et le résultat définitif fut très bon. Ce chirurgien ne faisait que suivre l'exemple d'Albert (2) qui avait fait le premier cette opération dans l'articulation scapulo-humérale, mais pour une toute autre indication. Il s'agissait d'une luxation habituelle se produisant au moindre mouvement du malade. Le résultat ne fut pas aussi satisfaisant qu'on aurait pu le penser. Ce sont cependant là des cas où l'arthrodèse doit être tentée et a même des chances de réussir et par conséquent de soulager le malade.

L'articulation du coude aurait été ankylosée une fois ; mais nous n'avons pas trouvé de détails sur cette opération.

La question d âge a une certaine importance. On sait en effet les résultats qu'on peut obtenir chez les enfants qui ont des muscles atrophiés à l'aide d'un traitement approprié. Il faudra donc considérer l'arthrodèse comme une dernière ressource.

Le raccourcissement n'est pas à craindre et cela se comprend. On n'enlève qu'une couche de cartilage sans toucher à celui qui unit la diaphyse à l'épiphyse.

En somme, l'arthrodèse est une bonne opération qui prendra dans l'orthopédie la place qui lui est due, si de trop zélés partisans ne la font pas tomber dans le discrédit en multipliant les indications et en l'employant dans les cas qui ne sont pas de son ressort. — (*Revue d'orthopédie*, mars 1890.)

(1) Wolf. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1886, p. 13, n° 20.
(2) Albert. *Centralblatt für chirurgie*, 1881, n° 48.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 avril 1890. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

La CORRESPONDANCE comprend : une lettre de M. le Dr G. Richelot, qui se porte candidat dans la section de pathologie chirurgicale.

Traitement des pustules varioliques de la face par le glycérolé d'amidon à l'acide borique. — M. LE PRÉSIDENT, sur la demande de M. le Dr Bertrand, de Brest, ouvre un pli cacheté déposé par cet auteur, le 12 mars 1889, et renfermant une note sur l'emploi de l'acide borique comme topique pour prévenir ou rendre moins apparentes les cicatrices de la face dans la variole.

M. Bertrand se sert, dans ce but, d'acide borique incorporé à la glycérine dans la proportion de 4 grammes pour 50. Ce glycérolé est appliqué au pinceau, sur la face, dès que l'éruption est effectuée.

Caféine et kola. — M. HECKEL. Dès 1884, j'ai indiqué le rouge de kola parmi les composants de cette graine, à côté de la caféine et de la théobromine, dont j'ai indiqué la présence et fixé les doses. Je ne nie pas l'action particulière de la caféine, mais il y a certainement dans le kola d'autres actions dues peut-être à des principes contenus dans le rouge de kola et non isolés encore, qui font que cette graine peut s'employer à doses faibles.

M. G. SÉE. M. Heckel a débarrassé la noix de kola d'un produit aphrodisiaque et d'une huile essentielle inavouable et gênante ; mais il n'a pas encore su débarrasser cette drogue de sa caféine pour expérimenter le rouge de kola dans toute sa simplicité. D'autre part, M. Heckel prétend à la priorité de toutes les recherches sur la caféine comme agent d'épargne ; or, j'ai précisément démontré, au contraire, que cette substance ne remplace que l'excitation tonique produite par l'ingestion des aliments.

Kysto-fibrome du ligament tubo-ovarien. — M. LE DENTU présente un kysto-fibrome du ligament tubo-ovarien enlevé, il y a quelques jours, à une jeune femme de 23 ans. Le début du mal ne date que de janvier, et encore n'y eut-il que de simples douleurs ; mais on constata dans l'abdomen une tumeur dure, bosselée, très mobile, pour laquelle je proposai immédiatement la laparotomie. Mais qu'était cette tumeur ? Vu sa mobilité, je ne la croyais pas utérine, mais bien ovarienne ; en réalité, elle ne tenait ni à la trompe ni à l'ovaire, mais bien, par un mince pédicule, au seul ligament tubo-ovarien. Vu sa dureté homogène, je pensais à un fibrome ; mais les bosselures, rares dans le fibrome, me faisaient faire des réserves pour un tératome. Il est vrai que, dans l'abdomen, les tératomes entièrement solides sont rares. En tout cas, d'ailleurs, la laparotomie était indiquée, et l'opération fut très aisée. L'examen histologique, fait par M. Letulle, a démontré un kysto-fibrome recouvert d'un épithélium pavimenteux un peu végétant, et cela explique la légère ascite qui coexistait.

Les cas de ce genre sont très rares. Jusqu'à présent, je n'en ai trouvé qu'un analogue, publié l'an dernier par Alban Doran, et où la tumeur, bien plus grosse, pesait environ sept kilogrammes.

Filariose. — M. LANCEREAUX lit un rapport sur deux obser-

vations de filariose, adressées à l'Académie par le Dr Maurel et sur un mémoire du Dr Pedro de Magalhaes relatif à la même maladie.

Dans l'une des observations de M. Maurel, il s'agissait d'une jeune femme, qui présenta des hématuries en même temps que de la chylurie et dont le début de la maladie s'accompagna d'accidents fébriles ; la seconde observation est relative à un nègre âgé de 44 ans, qui entra à l'hôpital pour un abcès du scrotum, sans présenter aucun des symptômes que l'on rencontre habituellement dans la filariose. C'est tout à fait fortuitement que M. Maurel constata la présence de filaires dans le sang de ce malade. Ceci tendrait à démontrer que le parasite peut séjourner dans l'organisme pendant fort longtemps, sans déterminer le moindre symptôme pathologique. Ce malade, en effet, a été observé pendant plusieurs mois consécutifs.

M. Lancereaux a parlé, il y a deux ans, à cette académie, d'un jeune homme qui n'a pas eu d'hématurie depuis cette époque et qui jouit d'une très bonne santé.

On peut débarrasser chirurgicalement les malades de ces parasites ; cependant, chez un malade opéré par M. Magalhaes, de filariose du scrotum avec hydrocèle, la mort survint cinquante-huit heures après l'opération.

Le Dr Magalhaes attire à ce sujet l'attention des chirurgiens sur la gravité des opérations chez les malades atteints de filariose Le retentissement sur les lymphatiques dépasse beaucoup les limites de la région sur laquelle a porté l'opération.

Contribution à la contagiosité de la lèpre. — M. Forné. La lèpre, à la Nouvelle-Calédonie, décime quelques tribus, et elle a même envahi la population européenne. Comment la lèpre a-t-elle passé de la race noire à la population européenne transportée en Nouvelle-Calédonie.

Un nommé Louis, libéré après avoir fait cinq ans de travaux forcés, et resté à la Nouvelle-Calédonie qu'il n'a plus quittée, a contracté la lèpre après sa libération, en 1885 ; ce fut le premier cas observé chez un blanc. Il remarqua un jour, en se rasant, des tubercules sur divers points de la face ; ses cils et ses sourcils tombèrent, puis des tubercules et des bulbes de pemphigus se manifestèrent successivement en divers points du corps. Le bacille de la lèpre, bacille de Hansen, fut nettement observé sur des préparations prises au lobule de l'oreille du malade.

On ne peut supposer une tare héréditaire au libéré Louis ; né en Belgique et atteint de la lèpre à l'âge de 42 ans, après avoir été en contact avec des indigènes lépreux. Ce cas est certainement dû à la contagion. D'ailleurs, on a observé des cas d'inoculation accidentelle de la lèpre. La lèpre est inoculable, donc elle est contagieuse. (Comm. MM. Ern Besnier et Le Roy de Méricourt.)

De l'entérostomie temporaire suivie de la suture immédiate de l'intestin dans les laparotomies pratiquées pour occlusion intestinale. — M. Jules Bœckel (de Strasbourg). Une complication fréquente de la laparotomie dans l'occlusion intestinale réside dans la difficulté, voire même l'impossibilité, de réduire les intestins, alors même que l'obstacle est levé.

Le moyen d'y remédier consiste à débrider l'intestin, pour le suturer dès que son contenu a été évacué.

La réduction du paquet intestinal devient dès lors des plus aisées.

Cette opération, imaginée par Madelung, n'a été pratiquée qu'une seule fois en France par M. Terrier.

J'ai eu l'occasion de l'exécuter il y a trois ans, après avoir constaté préalablement l'inefficacité de la ponction capillaire. Il s'agit d'un sujet d'une trentaine d'années atteint d'occlusion intestinale chronique. Le 23 février, il eut sa dernière selle. A partir de là, les symptômes s'aggravèrent, au point de nécessiter la laparotomie un mois plus tard.

La distension du ventre est énorme ; après son ouverture on tombe sur trois anses intestinales, placées obliquement, qui étaient considérablement distendues.

L'occlusion est due à une torsion du mésocôlon énormément allongé. Je la détords, rétablis la circulation, mais n'arrive pas à réduire le paquet intestinal, malgré une ponction capillaire de l'intestin, qui est inefficace. Je fais alors, séance tenante, une incision de 6 centimètres sur l'intestin ; aussitôt des gaz et des matières liquides s'échappent en abondance. Je les recueille dans un plat à barbe, après m'être, bien entendu, entouré des précautions voulues. Cela fait l'intestin s'affaisse. Je le suture avec 8 fils de soie phéniquée et peux alors le réduire très facilement. L'opération est terminée comme d'habitude. Au bout de 48 heures l'opérée a une selle normale.

Le 7e jour la réunion est parfaite et 15 jours plus tard il peut quitter l'hôpital. Depuis lors sa guérison s'est bien maintenue (Comm. : MM. Lefort et Le Dentu).

Gastrotomie et œsophagotomie pour deux cas de corps étrangers. — M Perier soumet à l'Académie deux observations de corps étrangers des voies digestives, pour l'extraction desquels il a dû créer une voie artificielle.

Un homme de 36 ans, dans un moment d'aberration, avala une cuiller à café en ruolz qui franchit l'œsophage et tomba dans l'estomac. Cet homme fut adressé à M. Perier à l'hôpital Lariboisière. La palpation de l'estomac ne permettait pas de sentir la cuiller, mais l'explorateur électrique de Trouvé montrait nettement la présence d'un corps métallique dans l'estomac. L'opération fut faite le 19 février. L'incision de la peau fut pratiquée selon la ligne indiquée par M. Labbé. L'estomac fut incisé parallèlement à la grande courbure, mais assez loin de cette grande courbure pour éviter les gros vaisseaux. Le corps étranger fut extrait sans trop de difficultés.

L'opération n'eut aucun retentissement sur l'estomac ni sur le péritoine. Les sutures furent enlevés le 27 février. Le lendemain on constata l'existence d'un phlegmon sous-cutané qui avait décollé la peau dans une assez grande étendue. Ce phlegmon fut ouvert et le lendemain les symptômes fébriles avaient disparu et le malade pouvait manger du poulet. Il a quitté l'hôpital au mois d'avril et il continue à se porter parfaitement.

La seconde observation est celle d'une fillette de 10 ans qui avait avalé un bouton de manchette en os qui s'arrêta à l'orifice supérieur de l'œsophage. La sonde œsophagienne permettait de sentir le corps étranger en arrière de la partie supérieure de la trachée. Le panier de Graefe et les pinces ne donnèrent aucun résultat. Le lendemain matin M. Périer fit l'œsophagotomie externe et tomba directement sur le bouton, mais la petite extrémité de ce bouton était déjà enchatonnée et l'extraction présenta quelque difficulté. Le 6 mars l'enfant sortait guérie ; la déglutition était redevenue normale.

Grossesse tubaire traitée par la laparotomie. — M. Polaillon

présente un fœtus de deux mois et demi, extrait de la cavité abdominale, par la laparotomie, chez une femme de vingt-six ans qui, au cours d'une grossesse tubaire, eut une rupture de la trompe. Il est permis de supposer que cette déchirure n'a pas été d'emblée assez large pour livrer passage au fœtus.

Il n'y a eu d'abord qu'une fissure, puis la malade continuant à travailler, la fissure s'est agrandie et le fœtus a pu s'y engager et passer dans le péritoine. A ce moment, la malade eut une péritonite qui est restée locale.

Après extraction du fœtus, des caillots et du placenta qui remplissaient la trompe, cet organe fut enlevé ainsi que l'ovaire droit. Le pédicule fut laissé dans le ventre, la cavité abdominale lavée, et l'incision de la peau suturée. L'opérée s'est très promptement rétablie.

Recherches physiologiques sur les produits de la combustion du gaz d'éclairage. — M. Gariel lit un rapport sur un travail présenté à l'Académie en 1888 par M. Gréhant

A 4 heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 avril 1890. — Présidence de M. Hermite.

Sur la nutrition dans l'hystérie. — M. le professeur Bouchard. Dans une note présentée dans la dernière séance et insérée aux *Comptes rendus*, MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau attribuent à M. Empereur cette opinion que la nutrition est ralentie dans l'hystérie et que, dès lors, les hystériques peuvent ne pas manger ou vomir tous leurs aliments sans perdre sensiblement de leur poids. C'est précisément une explication que j'avais déjà démontrée, que j'avais, en tout cas, enseignée et publiée en juillet 1873 (*Progrès médical*). Mais mon explication visait seulement les vomissements hystériques. On trouve la même restriction dans le travail de M. Empereur qui, comme il le déclare, n'a fait que développer une idée puisée dans mon enseignement. Je dois dire que M. Empereur a apporté à cette démonstration l'appui d'observations cliniques multiples et de très nombreuses analyses soit de l'urine, soit de l'air expiré. En effet, M. Empereur, dans son *Essai sur la nutrition dans l'hystérie*, 1876, a soin d'indiquer que nous n'attribuons pas ce ralentissement de la nutrition à l'hystérie en général ; citant mes paroles, il s'exprime ainsi, p. 80 : « *Certaines* hystériques ont donc les mouvements de « la nutrition ralentis, sinon suspendus ; elles ne dépen- « sent rien : elles n'ont, par conséquent, pas besoin d'ac « quérir ; et si elles vomissent, c'est parce qu'elles man- gent. »

M. Empereur a fait mieux : il a démontré que chez d'autres hystériques l'élimination de l'urée et de l'acide carbonique est normale (p. 153). On trouverait même dans le travail de M. Empereur (p. 48 et 156) l'indication d'un fait que MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau ont plus complètement démontré : c'est que l'arrêt de la nutrition chez les hystériques peut se produire en relation avec des états pathologiques autres que les vomissements et l'anorexie

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 25 avril 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Fièvre intermittente chez un enfant de 14 mois. — M. Comby. Un enfant de 14 mois, allaité au sein et d'une bonne santé habituelle, fut pris, il y a six semaines, d'un accès paludéen qui dura douze heures et présenta trois stades : 1° pâleur et refroidissement ; 2° chaleur fébrile ; 3° flux pituitaire, remplaçant le stade classique des sueurs. L'enfant eut en outre quelques secousses dans les membres avec renversement des globes oculaires. L'enfant eut cinq accès du même genre séparés l'un de l'autre par un intervalle de huit jours. La santé générale fléchit ; la rate augmenta sensiblement de volume dans tous ses diamètres. L'enfant avait huit dents et ses gencives étaient saines ; la dentition était donc complètement hors de cause.

Les résultats rapides du traitement par la quinine, 25 centigrammes par jour dans de la confiture, confirmèrent le diagnostic d'impaludisme.

Cet enfant est né et habite encore près du canal Saint-Martin, sur les bords duquel sa mère a l'habitude de le conduire en promenade ; or, pendant les mois de janvier, février et mars, ce canal a été vidé pour des réparations importantes et transformé en une sorte de marécage.

Ce n'est d'ailleurs pas la première fois que M. Comby voit à la Villette, sur les bords du canal de l'Ourcq, des accès fébriles plus ou moins intermittents traités avec succès par le sulfate de quinine.

M. Balzer a vu maintes fois des cas de fièvre intermittente dans les alentours de l'hôpital Saint-Louis et même dans l'hôpital, notamment sur des internes.

M. Netter croit également que le canal Saint-Martin constitue un foyer malarique.

M. Barth a vu, il y a une douzaine d'années, un cas type de fièvre intermittente qui avait certainement pris naissance autour de ce canal.

M. Laveran. Il est certain que la fièvre intermittente peut se développer à Paris, mais dans le cas de M. Comby, M. Laveran conserve des doutes sur la nature malarique de ces accès. Le cas s'est développé en hiver et cela est extrêmement rare, même en Algérie ; ensuite, ces accès, revenant tous les huit jours et affectant presque la forme pernicieuse, sont bien singuliers. Si une rechute survient, il sera indiqué de pratiquer l'examen du sang afin de fixer le diagnostic.

M. Dumontpallier demande à M. Laveran s'il a vu des hématozoaires dans le sang de sujets ayant contracté la fièvre intermittente à Paris même.

M. Laveran n'a rencontré ces organismes que chez des malades ayant contracté la fièvre intermittente en Algérie ou aux colonies, mais à Berlin, on a rencontré des hématozoaires dans des cas développés à Berlin même.

Epithélioma ulcéré de la face, rapidement cicatrisé par la poudre d'aristol. — M. Brocq présente un malade âgé de 50 ans, atteint d'un épithélioma superficiel de la joue gauche depuis 1878, et ulcéré en 1884. Depuis lors, il a gagné toute la partie supérieure et interne gauche de la face.

Quand je l'ai vu pour la première fois, le 15 mars dernier, l'ulcération formait un vaste fer à cheval intéressant la lèvre supérieure, le sillon naso-génien, la face latérale

gauche du nez, toute la région de la paupière inférieure, qui était complètement détruite, et la pommette.

Mon impression fut si mauvaise que je ne voulus pas recevoir ce malade dans mon service et que je l'adressai à M. Lucas-Championnière, lequel me le renvoya en me disant qu'il n'avait rien à lui faire. Le malade était fort pâle, anémié et il avait un aspect presque cachectique.

Je ne commençai donc le traitement que par pitié et bien persuadé que je n'obtiendrais jamais la cicatrisation d'une plaie aussi étendue et d'aussi mauvaise nature sur un sujet aussi affaibli.

Après avoir essayé, sans succès appréciable, des lavages avec une solution concentrée de chlorate de potasse, la résorcine associée en pommade au chlorate de potasse au 10e, j'eus l'idée d'employer la poudre d'aristol.

Au point de vue chimique, l'aristol est un bi-iodure de dithymol. Il se présente sous la forme d'un corps amorphe, d'un rouge brun pâle, sans odeur accentuée. Il est insoluble dans l'eau et dans la glycérine, peu soluble dans l'alcool, soluble dans l'éther et le chloroforme Il se dissout avec facilité dans les huiles grasses. Il faut préparer cette solution en broyant à froid le corps avec l'huile, car à chaud il se décomposerait. Il se décompose également à la lumière; aussi faut-il le conserver dans des bocaux opaques. Il a été préparé pour la première fois par MM. Messinger et Vortmann.

On peut l employer, en dermatologie, soit sous forme de poudre — car il adhère facilement à la peau, en particulier aux surfaces ulcérées — soit sous forme de pommade au dixième incorporé à de l'huile d'olives et de la lanoline, soit sous forme de collodion ou de pellicule.

C'est sous la forme de poudre que je le mis en usage chez le malade que je présente. L'effet fut presque immédiat. En cinq ou six jours, il fut évident que la cicatrisation se faisait avec la plus grande rapidité, en partant du centre de l'ulcération. Vingt jours d'applications de poudre d'aristol, du 5 au 25 avril, et deux raclages légers des bords de la néoplasie ont été suivis d'une cicatrisation pour ainsi dire complète, et qui, d'après la marche qu'elle suit, sera sûrement parfaite dans quelques jours.

Ce résultat paraît réellement remarquable et supérieur à ce que peuvent donner tous les autres topiques actuellement employés dans l'épithélioma superficiel : chlorate de potasse, iodoforme, iodol, salol, résorcine, etc.

L'aristol a, sur le chlorate de potasse, cet autre avantage très appréciable que son application sur les ulcérations épithéliomateuses n'est pas douloureuse. Comme il n'a pas d'odeur et qu'il semble ne pas causer de phénomènes d'intoxication générale, il a, de ces deux chefs, une supériorité non moins grande sur l'iodoforme.

La poudre d'aristol paraît donc avoir, dans ces formes d'épithélioma superficiel ulcéré, des propriétés cicatrisantes remarquables et qui semblent s'exercer avec leur maximum d'intensité sur les plaies consécutives à un raclage méthodique et bien fait.

Cette action cicatrisante de la poudre d'aristol semble exister pour presque toutes les ulcérations cutanées (ulcérations syphilitiques tertiaires, ulcères variqueux des jambes, tuberculose locale, etc.).

Atrophie musculaire aiguë coïncidant avec une tumeur de nature indéterminée du cou. — M. Dieulafoy présente un malade de 29 ans. Aucun antécédent digne d'être noté. Bonne santé habituelle.

Au mois de décembre dernier, il eut une atteinte très légère d'influenza. Le 2 ou le 3 janvier, apparition de douleurs extrêmement vives dans le poignet, le coude et l'épaule du côté droit. On pensa à du rhumatisme et on donna du salicylate de soude à la dose de 3, 4, 5 et même 6 grammes par jour, tant les douleurs étaient tenaces. Contre l'insomnie qu'elles occasionnaient, on employa le chloral. Cette première phase de la maladie — phase de douleurs — prit fin le 22 février.

Ce jour-là survinrent des raideurs dans les doigts de la main droite, raideurs qui empêchaient presque complètement le malade d'écrire et le gênaient dans tous les petits mouvements de la main.

Cette deuxième phase dura environ huit jours, après quoi commença l'atrophie musculaire qui affecte, toujours du côté droit, les éminences thénar et hypo-thénar, les interosseux, les lombricaux, et, en outre, mais d'une façon incomplète, les muscles de l'avant-bras, du bras et de l'épaule. Malgré ces troubles trophiques, pas de paralysie. D'autre part, aucun trouble de sensibilité.

Dans les derniers jours de mars a débuté la tumeur allongée, volumineuse, que l'on voit sur toute la partie latérale du cou du côté droit. Il est extrêmement facile de déterminer dans cette tumeur un bruit hydro-aérique, qui se produit même quand le malade fait un simple mouvement du cou.

La pression exercée au niveau de la septième vertèbre cervicale est très douloureuse.

A quoi tient cette atrophie à marche rapide? Existe-t-il une corrélation entre elle et la tumeur du cou, et, dans l'affirmative, quelle peut bien être cette corrélation? Quelle est, d'autre part, la nature de la tumeur? Enfin, que faut-il faire? car il faut agir, attendu que les dimensions de la tumeur augmentent de jour en jour et qu'elle peut gagner rapidement le thorax. Autant de questions que je me pose et sur lesquelles je serais bien aise d'être édifié par mes collègues.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 12 avril 1890. — Présidence de M. Hardy.

Tuberculose cutanée chez un enfant. — M. Sevestre présente deux enfants atteints de tuberculose cutanée. Le premier porte à la face dorsale des mains des lésions qui rappellent la tuberculose verruqueuse de Riehl; aux pieds existent des lésions semblables, mais moins développées. Sous le menton et dans la région parotidienne il y a des ganglions tuméfiés et suppurés. Les bacilles de Koch ont été démontrés par l'inoculation : il s'agit donc bien de manifestations tuberculeuses. Le second enfant, porteur de lésions osseuses de même nature, a de la tuberculose cutanée, reconnaissable également, mais beaucoup moins développée. En cas semblable, des applications d'acide lactique et les injections interstitielles d'huile iodoformée

ont donné de bons résultats, rapportés en particulier dans une observation de M. Morel-Lavallée : ne serait-il pas bon d'y avoir également recours?

M. Hallopeau a un cas analogue chez un enfant de 7 à 8 ans; un autre a été rapporté par M. Merklen.

M. E. Besnier. Ces faits sont assez fréquents à l'hôpital Saint-Louis, où ils sont connus depuis longtemps. Bazin les rangeait dans les lésions scrofuleuses, en rapport étroit avec la tuberculose. Du reste les lésions présentées par ces malades ne sont pas exactement la tuberculose verruqueuse. Ce sont des lésions tuberculeuses chez des lymphatiques. Il faut traiter cette lésion extérieurement et la détruire sur place. Il faut donc avoir recours à un traitement suffisamment énergique.

M. Hardy s'accorde à reconnaître que ces lésions ne sont pas rares à Saint-Louis où on les avait rangées dans le lupus. C'est avant tout de la scrofule, ce que ne doit pas faire oublier la découverte du bacille tuberculeux. Aussi le traitement interne a-t-il une importance capitale.

M. Besnier. Qui dit scrofule, dit maintenant tuberculose. C'est de la tuberculose chez des sujets lymphatiques. Il ne faut pas faire fi de la médication interne; mais elle ne doit venir qu'en seconde ligne. L'ennemi est dans la peau : c'est là qu'il faut l'atteindre. Donner du chlorure de sodium, de l'huile de foie de morue, c'est très bien, mais il faut détruire les lésions cutanées, et le mieux est de le faire par la cautérisation ignée, l'igni-puncture ou l'électro-puncture.

M. Vidal se range complètement à l'avis de M. Besnier.

M. E. Besnier. L'acide lactique est un bon modificateur des surfaces tuberculo-scrofuleuses; son action ici serait trop superficielle; il faut aller profondément. L'emploi du chlorure de méthyle permet de pratiquer la cautérisation sans douleur.

Sur un cas de lichen en nappe, transformation d'un lichen plantureux. — M. Hallopeau fait sur ce sujet une communication.

Sur une asphyxie locale des extrémités avec polydactylite suppurative et poussées éphémères de dermatites pustuleuses disséminées. — M. Hallopeau. Un vieillard a des accidents qui se rapportent évidemment à l'asphyxie des extrémités : il a des crises bien nettes. Il s'est produit chez lui, sur ceux précisément qui sont le siège des phénomènes d'asphyxie, une inflammation péri-unguéale suppurée qui a amené la chute de l'ongle. Depuis cette époque, à plusieurs reprises, il est survenu sur la peau des poussées de petites pustules disséminées. Ces pustules se dessèchent en vingt-quatre heures et laissent l'apparence d'une desquamation étendue. Les muqueuses ont été également intéressées. M. Hallopeau pense que les troubles circulatoires des extrémités digitales ont favorisé la pénétration de ces microbes de suppuration que l'on rencontre normalement à la surface de la peau : de là, la dactylite péri-unguéale; puis, par suite de la pénétration de ces agents dans l'organisme, détermination généralisée à la peau sous forme de poussées de petites pustules.

Eruptions de l'intoxication urique. — M. Quinquaud. A plusieurs reprises, on a attribué des éruptions diverses à l'action de l'acide urique; c'était les relier à la goutte dans leur pathogénie. Certains eczémas seraient ainsi d'origine uricémique. M. Quinquaud a expérimenté sur des animaux et sur l'homme, et cherché à reproduire expérimentalement des éruptions semblables.

Les cobayes et les lapins sont réfractaires à l'action de l'acide urique; chez le chien, on observe le plus souvent de simples vésicules, disséminées, de guérison rapide, qui n'ont rien de commun avec l'eczéma.

Chez l'homme, 25 à 30 centigrammes d'acide urique ont été ingérés en deux ou trois fois, par jour, par voie stomacale. Dans la moitié des cas se sont développées des lésions cutanées diverses : de petites pustules coniques, des taches érythémateuses. Jamais il n'y a eu trace d'eczéma, de lichen ou de toute autre lésion générique. N'y a-t-il donc pas chez l'homme d'éruptions d'origine urique? Chez des rhumatisants nerveux, on voit se produire des accès de fièvre d'une courte durée, vingt-quatre, trente-six heures, puis apparaissent des éruptions constituées par de petits éléments disséminés, lichénoïdes, pustuleux, érythémateux et quelquefois vésiculeux, qui évoluent en cinq à dix jours, quinze jours au plus. Ces éruptions ne sont pas classées. Pendant ce temps, on peut constater dans les urines une notable diminution de l'acide urique excrété, une notable augmentation dans le sang. Il y a donc momentanément insuffisance rénale et intoxication urique. Les manifestations cutanées en sont la conséquence : ce sont là des éruptions dues à l'acide urique accumulé.

Ecthyma infantile simulant le chancre induré. — M. Fournier. Un enfant de vingt mois portait à la région fessière droite, près du périnée, deux lésions qui avaient tout à fait l'aspect du chancre induré. Cependant, dans l'aine correspondante, il n'y avait que trois très minimes ganglions, sans caractères. Sur les membres inférieurs on rencontrait une vingtaine de petites pustules superficielles; au bout de quelques jours, il y en eut une centaine. Deux d'entre elles prirent précisément l'aspect des deux ulcérations primitives, et les apparences du chancre induré. Tout cela guérit rapidement. Il ne s'agissait que de lésions pustuleuses, folliculites pilo-sébacées, ecthyma infantile qui avaient pris le masque du chancre induré. On voit quelles conséquences graves, médicales, médico-légales même, eût pu amener une semblable confusion.

M. Mauriac. Chez un de mes malades, la simulation du chancre infectant était telle que le traitement fut institué; il fut abandonné, aucune manifestation secondaire ne s'étant montrée.

M. Fournier. L'ecthyma galeux donne souvent lieu à des méprises de ce genre. Avec des lésions qui siègent à la verge, l'embarras est souvent très grand.

Chancres atypiques. — M. Du Castel a récemment observé deux cas de chancres infectants multiples. Le premier malade en portait treize, le second sept. Ces chancres siégeaient dans la rainure balano-préputiale et sur le fourreau de la verge. Ils ne se montrèrent pas simultanément, mais successivement, à plusieurs jours d'intervalle. Chez les deux malades, un écoulement blennorrhagique s'était montré quelques jours après les rapports infectants.

Il ne s'agissait pas de ces chancres mixtes dont l'Ecole de Lyon a démontré l'existence : l'inoculation a été négative, faut-il attribuer une certaine importance à la coïncidence de la blennorrhagie et de la syphilis, à la superposition, à la conjonction de ces deux agents infectieux?

M. Mauriac. L'unicité du chancre infectant est un préjugé; le chancre syphilitique est souvent multiple. Les

divers chancres se produisent dans l'espace de 10 à 11 jours 20 jours au plus,

M. Rollet. Le chancre mixte est d'un diagnostic facile que l'auto inoculation confirme rapidement : les chancres multiples sont loin d'être une rareté. Il faut tout particulièrement noter la multiplicité fréquente des chancres mammaires.

M. Barthélemy. Les chancres multiples sont très fréquents chez les galeux ; les lésions galeuses offrant à la syphilis un grand nombre de portes d'entrée.

M. Mauriac. L'existence d'un écoulement blennorrhagique avant l'apparition d'un chancre syphilitique n'est pas rare ; chose curieuse, cet écoulement disparaît souvent au moment où se montre le chancre.

M. Fournier confirme la fréquence des chancres syphilitiques multiples. Sur le sein on en a vu jusqu'à 24.

Quant au chancre mou, la multiplicité est la règle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VII^e^ ARRONDISSEMENT

Séance du 28 janvier 1890. — *Présidence de* M. Ferrand.

La Correspondance comprend une lettre de M. Le Bec s'excusant de ne pouvoir assister à la séance, et une lettre de M. Guéniot qui, à raison de son inexactitude demande que l'on ne pose pas sa candidature à la présidence de la Société.

Il est procédé aux élections du bureau pour 1890, elles donnent les résultats suivants : *Président* : M. Berger; *Vice-Présidents* : MM. Gouraud et Polaillon ; *Secrétaire Général* : M. Toledano ; *Secrétaires des séances* : MM. Tisné et Potherat; *Trésorier* : M. de Crésantignes.

La Société ayant décidé affirmativement la question du banquet M. Verchère propose d'en confier l'organisation a une commission spéciale. Cette proposition est acceptée : la commission sera composée de MM. Grenet, Verchère, Toledano et de Crésantignes.

M. Toledano lit un travail sur le « Résultat des revaccinations pratiquées dans les écoles communales du 7^e^ arrondissement pendant l'année 1889 ». (*V. France méd.*, n° 8, p. 115.)

M. Ferrand fait remarquer que les dernières conclusions de ce travail lui paraissent attaquables. M. Delpech avait indiqué comme très rationnel le chiffre de dix ans pour les revaccinations : il se basait sur la rareté des cas de variole avant l'expiration de cette période. C'est sur ce fait qu'était appuyée la proposition de Liouville.

M. Toledano insiste sur ce fait que c'est chez les enfants de 6 à 8 ans que les revaccinations donnent le plus de succès.

M. Tisné fait observer que pour édicter une disposition légale relative aux vaccinations, c'est moins sur l'âge où la revaccination offre le plus de chance de succès que sur la durée de l'immunité probable pour la variole, qu'il faudrait s'appuyer.

M. Sottas insiste sur la difficulté que présente parfois le diagnostic de la fausse vaccine. En général elle évolue rapidement, mais il est des cas où la pustule présente 8 jours des caractères tellement douteux qu'il est impossible de se prononcer : la revaccination seule pourront constituer un critérium absolu.

M. Toledano dit que dans sa statistique il a écarté tous les cas douteux et n'a regardé comme pustule de vaccine vraie que les pustules ombiliquées.

M. Berger. Si l'on devait rendre la vaccination légalement obligatoire, il faudrait s'entourer de toutes les garanties possibles. L'emploi du vaccin de génisse présente une garantie importante, mais ne suffit pas. Il faudrait entourer cet emploi des précautions que l'on prend à l'étranger. L'animal inoculé est mis en observation, la lymphe vaccinale recueillie en totalité sous forme de pulpe ou de lymphe glycérinée, puis on fait l'autopsie de l'animal pour s'assurer qu'il n'est pas tuberculeux. Cette autopsie dont le procès-verbal est enregistré porte un numéro qui se trouve sur les tubes de vaccin : ce numéro permet de se reporter à l'autopsie en cas d'accidents d'origine vaccinale. Ces précautions seraient nécessaires si l'on voulait imposer les revaccinations.

M. Verchère fait une communication « sur la conduite à tenir dans les accouchements normaux. » (*V. France méd.*, n° 7, p. 98)

M. Berger insiste sur ce point qu'en fait d'antisepsie les vêtements sont toujours sales et qu'il faut, non seulement éviter leur contact avec l'opéré, mais encore éviter leur contact avec les mains : celles-ci seront rendues aussi aseptiques que possibles quand, après les avoir savonnées à plusieurs reprises, ou les aura trempées dans une solution de sublimé au 1000^e^.

En ce qui concerne les femmes en couches, M. Berger regarde comme nécessaire la désinfection préalable pour détruire toute source d'infection, mais il croit que la pratique de M. Verchère est pénible et fatigante pour la femme et qu'elle constitue un surcroît de précautions : ce surcroît expose à ne pas la voir observée.

Quand il doit faire une opération gynécologique, M. Berger fait pratiquer deux jours auparavant des injections antiseptiques et introduit en permanence des tampons au salol. Or après ces deux jours, le vagin est tamisé et rétracté ; il peut même être le siège d'un prurit douloureux quand le contact est plus prolongé. De plus, à moins qu'il ne s'agisse des primipares, pour que le tampon reste en place, il faut ou bien que la malade reste au lit ou bien employer des tampons volumineux rapidement gênants. En résumé, partisan de l'antisepsie avant l'accouchement, M. Berger croit qu'il faut en réduire les exigences au minimum.

M. Verchère répond qu'en effet le salol irrite et provoque des démangeaisons : c'est pourquoi il donne la préférence à l'iodoforme. Celui-ci a contre lui son odeur, mais enfermé qu'il est dans une cavité close cet inconvénient est à peu près pallié. Quant au sublimé son emploi est sans inconvénient à la condition d'user de solutions non alcooliques.

M. Gouraud dit que s'il était nécessaire de recourir à l'iodoforme, la coumarine mélangée dans la proportion de 1 pour 100 masque très bien l'odeur si pénétrante de ce produit.

M. Sottas reprenant une objection de M. Tisné, insiste sur la nécessité où l'on se trouve souvent de recourir au toucher quand le travail ne marche pas régulièrement. Il pense d'ailleurs que l'application sur la vulve d'une compresse imbibée d'un liquide antiseptique suffirait à assurer l'asepsie du vagin préalablement désinfecté.

M. Berger répond à M. Verchère que les pharmaciens ajoutent toujours ou de l'alcool ou du chlorure d'ammonia-

que dans ce dernier cas où injecte toute autre chose que du sublimé. En ce qui concerne l'effet de la coumarine, M. Berger le regarde comme certain et très utile; mais son action est de courte durée et l'odeur de l'iodoforme reprend bientôt le dessus. Comme M. Sottas, M. Berger croit que le tampon serait suffisant ; en effet les germes infectieux sont surtout introduits par la main ou les instruments, il faut donc avant tout s'assurer de l'état de propreté de ces derniers et surveiller avec soin les aides qui soignent la malade.

M. Tisné croit que les additions d'alcool ou de chlorures sont absolument inutiles. Il a pu préparer avec de l'eau bouillante des solutions concentrées de sublimé ; en tout cas les solutions au 1000e, et à plus forte raison celle au 4000e, peuvent être préparées sans aucun corps étranger. Pour être sûr qu'il en est ainsi, M. Tisné a l'habitude, comme M. Verchère, de faire préparer des paquets titrés qu'il fait dissoudre au moment de s'en servir.

M. Toledano lit, au nom de M. de Crésantignes empêché, le compte rendu financier de la Société. Conformément aux statuts, ce compte rendu est renvoyé à l'examen d'une commission au nom de laquelle M. Grenet présentera un rapport dans la prochaine séance.

Les Secrétaires des Séances.
Ch. Tisné ; E. Potherat.

MEMENTO PRATIQUE

De la trichophytie du cuir chevelu et de son traitement. — La teigne tondante, d'après M. Brocq, est une affection éminemment parasitaire, locale : elle est donc surtout justiciable d'un traitement externe. Cependant, on fera bien d'agir sur l'état général. Voici le résumé du travail que cet auteur a publié dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* :

Traitement général. Huile de foie de morue, sirop antiscorbutique, sirop d'iodure de fer, arsenic, etc. Habitation à la campagne, séjour au bord de la mer, eaux sulfureuses, eaux chlorurées sodiques.

Traitement local. De l'avis de M. Brocq, tous les moyens thérapeutiques employés sont mauvais. Il n'existe point de maladie contre laquelle on soit plus désarmé.

Traitement prophylactique. Il faut empêcher la contamination des personnes qui ont des rapports avec le malade. Toute la prophylaxie se résume dans ces mots: *isolement rigoureux.* Tout enfant atteint de teigne tondante doit être exclu des écoles ; il doit avoir immédiatement la tête rasée, savonnée tous les matins, puis recouverte d'un enduit imperméable quelconque, soit directement posé sur les plaques seules, soit sur tout le cuir chevelu. Quand il se trouvera avec d'autres enfants, il ne devra se découvrir sous aucun prétexte.

Traitement local proprement dit. Raser, ou tout au moins couper aux ciseaux, les cheveux aussi ras que possible. Savonner le cuir chevelu avec de l'eau chaude et du savon ordinaire ou du savon au goudron ou au naphtol.

Il faut circonscrire les plaques malades et pratiquer l'*épilation*.

Immédiatement après l'épilation, M. Brocq prescrivait de lotionner les régions épilées avec une lotion au sublimé au 500e et même au 250e. Quelques heures après on les enduit de la pommade suivante :

Axonge	30	grammes.
Huile d'amandes douces } aa	4	—
Glycérine }		
Turbith minéral	1	—

Ces lotions au sublimé et les onctions avec la pommade au turbith se font matin et soir. L'épilation est répétée trois ou quatre fois au moins.

M. Vidal recommande de faire des lotions sur le cuir chevelu avec de l'essence de térébenthine, puis, de badigeonner avec de la teinture d'iode, enfin, de faire des onctions de vaseline, dont on étend une épaisse couche sur les plaques malades, puis on recouvre de taffetas gommé ou de gutta percha laminé. M. Vidal croit pouvoir obtenir ainsi la guérison sans épilation.

M. Lailler prescrit de frictionner, matin et soir, les parties malades et épilées avec un linge imprégné de la préparation suivante :

Eau	950	gramm.
Glycérine	50	—
Bichlorure de mercure } aa	1	—
Chlorhydrate d'ammoniaque }		

Il faut ensuite recouvrir la tête avec le linge dont on s'est servi pour la friction, puis d'un bonnet. Laver le cuir chevelu une fois par semaine. Continuer le traitement pendant douze à quinze mois.

M. Besnier prescrit l'épilation, fait laver la tête tous les matins avec de l'eau chaude boriquée au 200e, additionnée de savon dans la proportion convenable, d'après l'état d'irritation du cuir chevelu. Tous les soirs on frictionne légèrement les points malades avec une pommade à la vaseline, contenant une très petite quantité d'acétate ou de sulfate de cuivre de 0,50 à 1 p. 100; et l'on surveille le malade de manière à n'avoir jamais de dermite. Si le cuir chevelu a de la tendance à s'enflammer, M. Besnier se borne à employer une pommade à la vaseline, renfermant un vingtième d'acide borique.

M. Brocq ordonne maintenant de faire, après épilation, des lotions sur les plaques, deux fois par jour, avec le mélange suivant :

Eau	400	grammes.
Glycérine	100	—
Sublimé	1	—

M. s. a. — (On augmente ou l'on diminue la dose de sublimé, suivant la tolérance du cuir chevelu.)

Puis on frictionne également, matin et soir, les plaques malades avec la pommade suivante :

Turbith minéral.....	1 à 3	grammes.
Lanoline.....	30	—
Vaseline.....	10	—

M. s. a. — On savonne la tête toutes les fois que c'est nécessaire ; on épile de nouveau dès qu'on le peut.

Au bout de deux ou trois mois de ce traitement, tout en continuant l'épilation, on alterne avec des badigeonnages de teinture d'iode, des frictions à l'essence de térébenthine, à la glycérine phéniquée et des pansements occlusifs à la vaseline iodée.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour trois places de médecin du bureau central.* — Ce concours s'est terminé vendredi par la nomination de MM. Babinski, Charrin et Siredey.

Nouveau concours. — Le jury qui doit s'ouvrir le 16 mai prochain, est provisoirement constitué de la manière suivante : MM. Ballet, Descroizilles, Peter, Hayem, Millard, Quinquaud, Felizet.

Légion d'honneur. — M. le Dr Magail, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, et chirurgien en chef de la Maternité de cette ville, trente-huit ans de services, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Association des médecins. — L'Assemblée générale annuelle aura lieu dans le petit amphithéâtre de la Faculté sous la présidence de M. Brouardel, président, le dimanche 11 mai à 2 heures.

Cette assemblée a pour objet : 1° La lecture du compte rendu de l'année 1889 par le secrétaire général ; 2° l'élection d'un président et de deux vice-présidents ; 3° Le tirage au sort des membres titulaires de la *Commission générale* et des suppléants qui doivent entrer en fonctions

Conformément aux termes de l'article 8 du règlement d'administration intérieure, seront seuls admis comme membres titulaires les sociétaires, *présents à l'Assemblée*, qui déclareront accepter ces fonctions.

La Société française d'ophtalmologie se réunira à Paris, le lundi 5 mai 1890, à 8 h. 1/2 du matin, à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente. Voici l'ordre du jour des séances.

Séance du lundi 5 mai 1890, à 8 heures 1/2 précises du matin.

MM.

1. Venneman (de Louvain). — Traitement de la fistule lacrymale.

2. Gillet de Grandmont (de Paris). — Valeur de l'élongation des points lacrymaux.

3. Grandclément (de Lyon). — Paralysie essentielle et temporaire de la convergence chez les adolescents.

4. Rapport de M. le Dr Coppez (de Bruxelles). — De l'intervention chirurgicale dans les blessures de l'œil avec pénétration de corps étrangers.

5. De Wecker (de Paris). — Papillome palpébral et son traitement.

6. Tscherning (de Paris). — Une nouvelle méthode pour mesurer les rayons de courbure du cristallin.

7. Vacher (d'Orléans). — Des principaux antiseptiques employés en chirurgie oculaire et de leur action comparative.

8. Gaupillat (de Troyes). — Influence de l'état général sur les accidents consécutifs à l'opération de la cataracte, malgré les antiseptiques.

9. Bettremieux (de Somain). — Considérations sur le traitement de l'ulcère de cornée à hypopion.

Séance du mardi 6 mai, à 8 h. 1/2 du matin.

MM.

10. De Lapersonne (de Lille). — La mydriase dite essentielle.

11. Terson (de Toulouse). — Présentation d'une malade opérée depuis 7 mois d'un tubercule de l'iris.

12. Teillais (de Nantes). — Deux cas d'ophtalmie sympathique.

13. Rapport de M. le Dr Dufour (de Lausanne). — De la cataracte secondaire au point de vue opératoire.

14. Parinaud (de Paris). — Du délire après l'opération de la cataracte.

15. Galezowski (de Paris). — Intervention chirurgicale dans les cyclites et le décollement de la rétine.

16. Abadie (de Paris). — Traitement du décollement de la rétine.

17. Leroy (de Paris). — Un ophtalmoscope optomètre.

Séance du mercredi 7 mai à 8 h. 1/2 du matin

MM.

18. Suarez de Mendoza (d'Angers). — Contribution à l'étude des sensations visuelles engendrées par des sensations acoustiques.

19. Masselon (de Paris). — Des altérations consécutives aux hémorrhagies de la rétine.

20. Martin (Georges) (de Bordeaux). — Etude clinique sur l'astigmatisme.

21. Javal (de Paris). — Sur les résultats des mensurations ophtalmométriques.

22. Rapport de M. le Dr Bravais (de Lyon). — Du traitement de la myopie progressive et du choix des verres correcteurs dans cette affection.

23. Motais (d'Angers). — Traitement de la myopie progressive par le reculement tendineux et aponévrotique.

24. Nuel (de Liège) — Diagnostic de la prédisposition à la myopie.

25. Panas (de Paris . — Sur les abcès du sinus frontal.

26. Dransart (de Somain). — De la capsulotomie ténonnienne.

Séance du jeudi 8 mai (fin des communications et séance d'affaires) à 8 h. 1/2 du matin.

MM.

27. Bull (de Paris). — Traitement optique du strabisme.

28. Chevallereau (de Paris). — Deux cas d'hémianopsie causée par des pertes utérines

29. Boucheron (de Paris). — Sur l'existence des nerfs ciliaires antérieurs ou superficiels. Préparation par la méthode de l'or.

30. Trousseau (de Paris). — Forme insidieuse grave de la conjonctivite blennorrhagique.

31. Jocqs (de Paris). — Une modification dans l'emploi du périmètre de Foerster.

32. Manolescu (de Bucarest). — Un cas de troubles oculaires produits par le sulfate de quinine à dose toxique (lu par M. Masselon).

33. Grandclément (n° 2). — Efficacité du massage de l'œil dans la kératite parenchymateuse.

34. Parent (de Paris). — Présentation d'une échelle optométrique.

Durant tout le Congrès les instruments d'ophtalmologie seront exposés dans une salle voisine de celle des séances.

Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine s'est réuni le samedi 19 avril.

Sur la demande de M. Leprévost, rapporteur du syndicat des médecins du Havre, il a examiné et a adopté à l'unanimité l'amendement suivant, destiné à être ajouté à l'article XV du projet relatif à l'exercice de la médecine, déposé par M. Lockroy :

« Est considérée comme exerçant de fait illégalement la médecine et passible des peines sus-énoncées toute personne qui, dépourvue du titre exigé par la loi, ou sortant des attributions que la loi lui confère, fait connaître au public par voie d'annonces, d'affiches ou de réclame, qu'elle traite certaines maladies. »

Quant au paragraphe proposé également par M. Leprévost et devant figurer comme addition à l'article XVI, paragraphe ainsi conçu :

« Si le coupable est un officier de santé, un pharmacien, un dentiste ou une sage-femme, il pourra, en outre, être frappé de la suspension temporaire de l'exercice de son art. », ce paragraphe n'a pu être adopté par suite d'une décision antérieure du Conseil qui, au moment de l'examen du projet de M. Chevandier, avait été d'avis de réserver cette question, considérant qu'il n'y avait pas lieu de demander cette aggravation de pénalité.

Pharmaciens et sulfate de quinine. — A la suite d'une annonce parue dans les journaux et d'une brochure publiée par M. Mougin, deux ou trois cents étudiants en pharmacie sont allés manifester hier soir à la devanture de ce pharmacien qui est établi, 23, boulevard Beaumarchais. La cause de cette agitation était l'insertion dans la brochure des lignes suivantes :

« Le sulfate de quinine est vendu 2 fr. le gramme par les pharmaciens qui se respectent beaucoup ; 0,75 centimes à 1 fr. 50 par ceux qui se respectent un peu moins, et 0,30 centimes par moi qui, d'après mes confrères, ne me respecterais pas du tout. Ce produit nous coûte à tous (j'ose le dire), à peine 0,10 centimes le gramme. »

La bande de jeunes gens est arrivée à cinq heures et demie aux cris de : « Sulfate de quinine ! Sulfate de quinine ! Mougin conspué ! Mougin conspué ! » Puis elle a lacéré des tableaux apposés à la vitrine de la pharmacie et lancé une bouteille d'encre ainsi que des projectiles contre les glaces. Le tapage a duré pendant une heure, jusqu'au moment où les quelques agents, impuissants à maîtriser cette foule, ont été renforcés par une escouade de gardiens venus du poste. Les manifestants ont alors pris la fuite après quelques horions échangés, mais aucune arrestation n'a été opérée.

La Policlinique de Paris sise 28, rue Mazarine, et qui fonctionne depuis le 17 avril, sera officiellement inaugurée le dimanche 11 mai courant.

— **Clientèle médicale** à prendre à Isle-Aumont (Aube). Il y a à desservir une vingtaine de villages peu éloignés représentant 3.000 habitants. S'adresser pour les renseignements à M. A. Flix, percepteur à Isle-Aumont.

Nécrologie. — Mme Luys, femme du Dr Luys, médecin de la Charité, et membre de l'Académie de médecine, décédée le 24 avril à l'âge de 45 ans. — Le Dr Claudel, médecin du Sénat. — M. Darricau, officier de santé à Linxe (Landes), reçu en 1866. — Le Dr Lagoutte (d'Autun), reçu en 1825. — Le Dr Tartivel, directeur de l'établissement hydrothérapique de Bellevue, qui pendant longtemps avait collaboré activement à l'*Union médicale*. M. Tartivel est mort à 61 ans, d'une crise d'angine de poitrine.

Nous avons le vif regret d'annoncer la mort d'un des plus anciens et des plus sympathiques collaborateurs de ce journal, M. Emile Genevoix, ancien directeur de la Pharmacie centrale de France, ancien président de la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine et de l'Association générale des pharmaciens de France, ancien maire de Romainville, mort le 18 avril, à l'âge de 63 ans. Jusqu'à sa nomination comme directeur de la pharmacie centrale, Emile Genevoix a donné à la *France médicale* des chroniques de la pharmacie qui ont été très remarquées. — Nous adressons à son fils, le Dr François Genevoix, l'expression de notre cordiale sympathie.

Bulletin de la mortalité *du* 13 *au* 19 *avril* 1890. — Fièvre typhoïde, 7. — Variole, 1. — Rougeole, 47. — Scarlatine, 9. — Coqueluche, 9. — Diphthérie, croup, 31. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 204 — Autres tuberculoses, 36. — Tumeurs cancéreuses et autres, 42.

Méningite, 48. — Congestions et hémorrhagies cérébrales, 43. — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 13. — Maladies organiques du cœur, 55.

Bronchite aiguë et chronique, 95 — Broncho-pneumonie et pneumonie, 132.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 57.

Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 0.

Débilité congénitale, 30. — Sénilité, 37. — Suicides et autres morts violentes, 27. — Autres causes de mort, 184. — Causes inconnues, 7.

Nombre absolu de la semaine, 1125. — Résultats de la semaine précédente, 1163.

Bulletin de la mortalité *du* 20 *au* 26 *avril* 1890. — Fièvre typhoïde, 15. — Variole, 3 — Rougeole, 27. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 9. — Diphtérie, Croup, 52. — Phthisie pulmonaire, 239. — Autres tuberculoses, 37. — Tumeurs cancéreuses et autres, 50.

Méningite, 52. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 50. — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 3. — Maladies organiques du cœur, 50.

Bronchite aiguë et chronique, 80. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 111.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 55.

Fièvre et péritonite puerpérales, 8. — Autres affections puerpérales, 2.

Débilité congénitale, 28. — Sénilité, 39. — Suicides et autres morts violentes, 24. — Autres causes de mort, 174. — Causes inconnues, 11.

Nombre absolu de la semaine : 1130. — Résultat de la semaine précédente : 1125.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.

LIQUEUR DE LAPRADE à l'albuminate de fer, le plus assimilable des ferrugineux, spécifique des troubles de la menstruation, etc

MAGNÉSIE ROY, sel de magnésie alcalin soluble.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris, imprimerie DAVY, 52, rue Madame.